

# MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 24.

Warszawa d. 17 (4) Czerwca 1905 r.

T. XXXIII.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —  
półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzł i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O cholery ze stanowiska bakteriologii, biologii i higieny publicznej. Podał Wł. Palmirski. (Ciąg dalszy). — Przyczynek do leczenia operacyjnego nowotworów rdzenia. Podał d-r med. L. Bregman. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i Wyciągi. 36. Dzisiejsza chirurgia żołądka i kiszek oraz znaczenie jej dla lekarza wewnętrznego. 37. Zapalenie okołopęcherzowe w następstwie ukrytego zapalenia okołokątniczego. — XXXIV zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie (26—29 kwietnia r. b.). Skreślił A. J. Goldman (Łódź). — Odcinek. Materiały do dziejów higieny polskiej. Zebrane przez J. Polaka. (Dokończenie). — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

## „MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Wł. PALMIRSKI — Le cholera au point de vue de la bacteriologie, biologie et hygiène publique. 2) D-r L. BREGMAN — Contribution au traitement opératoire des néoplasmes de la moelle.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

## „MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r Wł. PALMIRSKI — Die Cholera vom Standpunkte der Bakteriologie, Biologie und öffentlicher Hygiene. 2) D-r L. BREGMAN — Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Neubildungen des Rückenmarks.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

## PRACE ORYGINALNE.

Z pracowni bakteriologicznej w Warszawie.

### O CHOLERZE

ze stanowiska bakteriologii, biologii i higieny publicznej.

Podał

Wł. Palmirski.

(Ciąg dalszy — Patrz Nr. 23).

Z wyżej przytoczonego szkicu widzimy, że rozpoznanie cholery jest dość kłopotliwe i wymaga odpowiednio urządzonej pracowni. Wo-

bec tego rozpatrzmy, czy lekarze praktycy nie mogą posilkować się w tym celu metodami serodyagnostycznymi, używając odczynników na wzór FICKER'owskich w durze brzuszny. Metoda serodyagnostyczna w cholery ma drugorzędne znaczenie, ponieważ jak nam wiadomo, nie tylko surowica ozdrowieńców i chorych na cholery, lecz i ludzi zdrowych wywołuje zjawisko aglutynacji i to w niewielkim rozcieńczeniu. Rozpoznanie więc pierwszych przypadków musi polegać na całkowitem badaniu bakteriologicznem.

Po rozpatrzeniu sposobów rozpoznawania zarazka cholery przejdźmy do opisu wypróżnień, z których go otrzymujemy, ponieważ za życia nie przechodzi on ani do krwi, ani do wewnętrznych narządów.

Wypróżnienia osób, dotkniętych cholera, mają być zwykle bardzo obfite, wodniste, prawie bez woni, odczynu alkalicznego lub obojętnego, zawierają bardzo dużo szarawych kłaczków i strzępków, nadających im pozór wody ryżowej. Z kilkudziesięciu przypadków, badanych na stacji bakteryologicznej w Odessie w r. 1892, zaledwie kilka wypróżnień dałoby się podciągnąć pod postać wyżej opisaną, po większej części były one wodniste, cuchnące, barwy ciemnej lub żółtawej. Szarawe kłaczkki lub strzępki nie zawsze były obecne, a u ozdrowieńców kał może mieć wygląd normalny. Badając wypróżnienia wprost pod drobnowidzem, niejednokrotnie, szczególnie przy barwieniu, można było rozpoznać wibryony cholery, w przypadkach zaś, gdzie ich było niewiele, badanie drobnowidzowe dawało nam ujemne wyniki. Chcąc je uwidocznnić w jednym i drugim przypadku należy posiłkować się metodą SCHOTTELIUS'a i t. zw. metodą peptonową.

Metoda SCHOTTELIUS'a polega na dodawaniu wypróżnień do bulionu zwykłego, metoda zaś, peptonowa — do fizyologicznego roztworu soli z dodatkiem 1% peptonu i wstawieniu probówek tych lub kolbek do termostatu przy 37°C. Po 6—12 godzinach wibryony cholery, jako ciężkie tleny, rozwijają się na powierzchni płynu niekiedy w postaci błonki, skąd łatwo już je wyosobnić przez przeszczepianie. Opóźnień badania wierzchniej warstwy lub błonek należy uniknąć, ponieważ mogą być one zagłuszone przez inne drobnoustroje, co wielce utrudnia wykrycie zarazka cholery.

Również temi metodami posiłkujemy się przy badaniu wody podejrzananej lub produktów spożywczych.

Mamy jeszcze jeden sposób, podany przez

ALI-COHEN'a, polegający na dodatniej chemotaksie zarazka cholery względem soku kartoflanego (wyjałowionego), zawartego w rurkach włosowatych lecz nie dawał on dobrych wyników. Prawda, można było widzieć na preparatach pojedyncze wibryony cholery pośród nielicznej masy innych drobnoustrojów, lecz trudno było otrzymać z tej mieszaniny czystą chodowlę.

Na tem miejscu nie od rzeczy będzie podać sposób przesyłania materiałów podejrzanych do badania bakteryologicznego.

a) Z żyjących ludzi. Wypróżnienia w ilości 100 — 150 ctm. sz. należy zebrać do naczynia szklanego z szeroką szyjką i z korkiem szklanym bez dodatku środków odkażających i w odpowiednim opakowaniu przesłać.

b) Z trupów. 3 kawałki cienkich kiszek wraz z zawartością długości po 15 ctm. przewiązane z dwóch końców, przesłać również w naczyniu szklanem i w odpowiednim opakowaniu.

Przejdźmy do podania własności biologicznych zarazka cholery.

Jak wyżej zaznaczyłem, zarazek cholery rozwija się dobrze przy ciepłocie pokojowej, rozwój zaś jest bardzo szybki przy 37°C. Ciepłota 46—48° zabija go w ciągu dwóch dni, przy 60°C. ginie w bardzo krótkim czasie. Co do ciepłoty niższej, to może się on rozwijać niżej 0, a przy — 16°C. rozwój jego jest bardzo powolny, albo zarazek ginie. Co do tlenu, to rośnie on zarówno przy jego dostępie, jak i bez niego chociaż słabiej.

Zarazek cholery mnoży się tylko w wilgotnym otoczeniu. Przy suszeniu w cienkiej warstwie ginie on po 2—3 godzinach, w grubszej znacznie później.

Wynika ztąd, że zarażenie się cholera z powietrza jest niemożliwe.

Obecność saprofitów działa zgubnie na rozwój zarazka cholery, szczególnie zabójczo na niego wpływają produkty życiowej ich działalności np. w zawartości kloaczej ginie on po upływie doby.

Ważne jest zachowanie się zarazka cholery względem normalnych wód. Doświadczenia STRAUS'a i DUBARRY'ego oraz NICATI'ego i RIETSCH'a wykazały, że zarazek cholery żyje w wodzie dystylowanej 20 dni, w wodzie z kanału — 40 dni, w wodzie morskiej — 60 dni, w wodzie studziennej znajduje on również dobre podłoże dla swego rozwoju. Jednym słowem woda może być przez czas długi roznosicielką zarazy.

Dalej, co do czynników chemicznych, to zarazek cholery jest bardzo wrażliwy na działanie wszelkich kwasów, zarówno mineralnych, jak i organicznych. W tym kierunku znajdujemy prace KOCH'a, NICATI'ego, RIETSCH'a, FLÜGGE'go i innych. Ze względów praktycznych pozwolę sobie przytoczyć ważniejsze dane. Zabijają zarazek cholery: kwas solny w rozcieńczeniu 1:2000, kwas octowy 1:500, kwas mleczny 1:100, kwas salicylowy 1:300, kwas karbolowy 1:400, siarczan miedzi 1:600 i sublimat 1:100000. Formalinę i glikoformal również należy zaliczyć do środków bardzo silnie działających na zarazek cholery.

Ważne jest również zachowanie się zarazka cholery względem zwierząt. Pierwsze prace KOCH'a nad wyszukiwaniem zwierząt, wrażliwych na zarazek cholery, dały wyniki ujemne. NICATI i RIETSCH pierwsi zarazali świnki morskie, wprowadzając hodowlę zarazka cholery do dwunastnicy po uprzednim przewiązaniu przewodu żółciowego. Powstałe zakażenie badacze ci przypisywali wyłączeniu z przewodu pokarmowego żółci i zmniejszonym wskutek tego ruchom robaczkowym kiszek. Dopiero na podstawie tych doświadczeń KOCH otrzymał dodatnie wyniki, postępując w ten sposób, że sok żołądkowy zobojętniał roztworem sody, wprowadzonym przez zgłębnik, nieco później wlewał do żołądka hodowlę zarazka cholery i wreszcie w celu zmniejszenia ruchu robaczkowego kiszek zastrzykiwał do jamy brzusznej niewielką ilość nalewki makowej. Świnki ginęły po 2 dniach,

wyniki badania pośmiertnego zgadzały się z wynikami takiegoż badania u ludzi.

Z tych względów KOCH zaliczał zarazek cholery do zarazków mało zabójczych dla zwierząt.

Dalsze jednak prace różnych badaczy w tym kierunku wykazały, że jadowitość zarazka cholery, podobnie jak i innych drobroustrojów, bywa różna: od bardzo mało jadowitych do silnie jadowitych, wywołujących nawet ogólne zakażenie u świń morskich, królików i gołębi. O ile ta jadowitość zarazka cholery wiąże się z natężeniem epidemii, nie stanowczego powiedzieć nie możemy.

Na podstawie badań bakteryologicznych możemy rozróżnić: zakażenie choleryczne skryte, bez jakiegokolwiek bądź objawów patologicznych, biegunki choleryczne o różnym stopniu natężenia, niekiedy bez objawów charakterystycznych dla cholery, i postaci właściwej cholery, których kliniczne rozpoznanie nie przedstawia najmniejszej wątpliwości.

Obraz kliniczny przypadków cholery w 1892 r. był dość jednostajny: silna biegunka, wymioty, bezmocz, kurecze, bezgłós, brak tętna, obniżenie ciepłoty ciała, sinica i śmierć po 12 — 36 godzinach. Były również przypadki o lżejszym przebiegu, i te zakończyły się wyzdrowieniem. Oględziny pośmiertne chorych, zmarłych na cholere, wykazywały bardzo nieznaczne zmiany anatomiczne. Ześrodkowywały się one w dolnym odcinku cienkich kiszek, głównie nad zastawką BAUHIN'a, gdzie można było zauważyć ograniczone lekkie przekrwienia błony śluzowej, oraz napęczniałe grudki chłonne samotne i skupione. Kiszki były zwykle w mniejszym lub większym stopniu wypełnione płynną, mętną zawartością, otrzewna zaś na kiszkach zawsze była pokryta śluzową masą, wyciągającą się w nitki i zlepiającą ich pętlice. W innych narządach stałych zmian nie dało się zauważyć.

Opierając się na badaniach KOCH'a, jego uczniów i innych badaczy, możemy twierdzić,

że zakażenie ustroju ludzkiego ma miejsce wyłącznie przez przewód pokarmowy. W kiszkiach zarazek cholery rozmnaża się, i ustrój ginie wskutek zatrucia, a nie zakażenia.

O naturze jadu, wytwarzanego przez zarazki cholery i wywołującego objawy cholery u ludzi, nie wiele możemy powiedzieć. Według PFEIFFER'a jad ten zawiera się w samych komórkach zarazków, które, będąc zniszczone i rozpuszczone, uwalniają go.

Na poparcie tego twierdzenia przemawiają doświadczenia, że zabite za pomocą chloroformu hodowle zarazka cholery u zwierząt dają ten sam obraz chorobowy, jaki otrzymujemy przy zarażaniu hodowlami żywymi. Innego są zdania BEHRING, RANSOM, MIECZNIKOW, ROUX i SALIMBENI. Według tych badaczy jad może być wydzielany przez zarazki i nazewnątrz.

Obecnie pozostaje nam zastanowić się nad czynnikami, wywołującymi samoobronę ustroju odnośnie do zarazka cholery. Jak nam wiadomo, nie wszyscy ludzie podlegają zarazie, możemy nawet w zawartości ich kiszek wykryć zarazek cholery, zachowuje się on jednak w ustroju obojętnie i nie wywołuje żadnych objawów chorobowych. Podobnie tłumaczymy sobie wrodzoną odpornością ustroju. Samoobrona ustroju ma w swym rozporządzeniu takie czynniki, jak fagocytoza, bakteryobójczość i antytoksyczność surowicy danego osobnika, lecz w cholery, opierając się na badaniach MIECZNIKOW'a, nie małą rolę odgrywa i flora przewodu pokarmowego. Badania te wykazały, że niektóre saprofity przy wspólnem pożyciu hamują rozwój zarazka cholery, inne odwrotnie, wpływają na jego rozwój.

Wobec tego zarazek cholery znajduje w przewodzie kiszkiowym różne warunki dla swego rozwoju.

Fakty te mają ogólniejsze znaczenie, tłumaczą nam one bowiem nie tylko indywidualną odporność danego osobnika, lecz i służą do wyjaśnienia wielu pytań, dotyczących się epidemiolo-

gii cholery, a które w swoim czasie wywołały gorący spór pomiędzy epidemiologami-higienistami, na których czele stał PETENKOFFER i bakteryologami, występującymi pod przewodnictwem KOCH'a.

Warunki, jakie znajduje zarazek cholery w przewodzie kiszkiowym człowieka, może znaleźć i nazewnątrz jego, t. j. w wodzie rzek, studzien, gruncie i t. d., dokąd przypadkowo się dostaje z wypróżnień ludzi, dotkniętych cholera. Jeżeli zarazek cholery w tych środowiskach spotyka się z florą, sprzyjającą jego rozwojowi, wybucha epidemia, w przeciwnym zaś razie zarazek ginie.

Tymi warunkami biologicznymi możemy tłumaczyć sobie zależność cholery od gruntu, znaczenie wód zaskórnych i atmosferycznych opadów.

Co się tyczy surowicy przeciwocholerycznej, to otrzymanie jej nie przedstawia wielkiej trudności. Uodparniać zwierzęta należy żywymi lub zabitymi hodowlami zarazka cholery.

Według PFEIFFER'a dostateczne jest potrójne zastrzyknięcie podskórnie królikowi mleczanki z hodowli zarazka cholery na agarze w fizyologicznym roztworze soli, zabitej przez ogrzewanie przy 60° C., ażeby surowica królika po 10 dniach posiadała wyraźne własności uodparniające i aglutynujące. MIECZNIKOW, ROUX i SALIMBENI otrzymali surowicę przeciwocholeryczną z koni, która w ilości 0,01 do 0,05 cm. sz. chroniła świnkę morską od zakażenia śmiertelnego przez zastrzyknięcie zarazka cholery do otrzewny; w ilości zaś 4—8 ctm. sz. chroniła króliki od zarażenia śmiertelnego przez żołądek. Ze względu jednak na szybki przebieg cholery u ludzi, surowica przeciwocholeryczna znaczenia praktycznego mieć nie może. Daleko większe ma ona znaczenie zapobiegawcze, lecz w swym działaniu nie może dorównać szczeniokom przeciwocholerycznym.

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra Bregmana  
w szpitalu Starozakonnym w Warszawie.

### Przyczynek do leczenia operacyjnego NOWOTWORÓW RDZENIA.

Podał

D-r med. L. Bregman.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 23).

W naszym przypadku objawy odpowiadały postępującemu uciskowi rdzenia po lewej stronie z zajęciem górnych korzeni lędźwiowych lewostronnych. Ucisk rdzenia nie mógł w każdym bądź razie mieć miejsca niżej, aniżeli w najwyższym odcinku części lędźwiowej. Przemawiał za tem charakter porażenia lewej kończyny dolnej: porażenie to było spastyczne, brak było zaników mięśniowych. W razie zajęcia części lędźwiowej porażenie byłoby wiotkie z towarzyszącym mu zanikiem mięśni. Odruch kolanowy, którego ośrodek rozpoczyna się na wysokości 2 odcinka lędźwiowego, był wzmożony: dowód więcej, że rdzeń został dotknięty powyżej tego odcinka.

Rozpoznanie różniczkowe w pierwszej linii uwzględnić musiało przymiot rdzenia: *gumma* w miejscu powyżej wskazanem dać może identyczne objawy, a jestto umiejscowienie, w przymiocie dość często spotykane.

Otóż pomimo skrzętnych poszukiwań w tym kierunku nie udało się wykryć żadnych danych, przemawiających na korzyść przymiotu.

Nie bacząc na to, pamiętając o tem, jak często poprzedzające zarażenie przymiotowe bywa przez chorych zapoznawane, zaleciłem energiczną kurację specyficzną — rtęciowo-jodową. Niestety, wynik był zupełnie ujemny, nie udało się pohamować szybkiego postępu cierpienia.

Przewlekłe zapalenie rdzenia (*Myelitis chronica*) — cierpienie, które wogóle, jak się zdaje, spotyka się bardzo rzadko, i którego roz-

poznanie najczęściej li tylko maskuje niemożność ścisłego określenia danej postaci cierpienia rdzeniowego — w tym przypadku wydało mi się odrazu zupełnie nieprawdopodobnem, a to głównie z powodu długo trwającego okresu bólów początkowych.

Przeciw cierpieniu kręgow w przemawiał brak jakichkolwiek zmian kręgosłupa oraz brak bolesności kręgow, wreszcie zupełnie wolne, nieograniczone ruchy kadłuba.

Rozpoznanie różniczkowe zatem również prowadziło do rozpoznania nowotworu rdzenia. Długie trwanie 1-go okresu, okresu pobudzenia czuciowego, było wskazówką, że nowotwór nie brał punktu wyjścia z samego rdzenia, lecz z opon rdzeniowych — że był on „zewnątrz-rdzeniowy”. Czy leżał zewnątrz lub wewnątrz opony twardej (extra- lub intraduralnie), nie można było z pewnością rozstrzygnąć: przyjmując jednakże pod uwagę, że kręgosłup nie okazywał żadnej zgola bolesności, oraz że brak było jakichkolwiek ognisk pierwotnych nowotworowych (nowotwory zewnątrz-oponowe najczęściej bywają przerzutowe), przypuszczenie drugie — t. j. siedlisko intraduralne — wydawało się bardziej prawdopodobnem.

3. XI. chory został przeniesiony do oddziału chirurgicznego kol. H. ODERFELDA.

Jak już wyżej wspomniałem, mieliśmy w przypadku tym 2 momenty, które nam pomagały do dokładnego rozpoznania, na jakiej wysokości (w którym odcinku) rdzenia nowotworu szukać należało. Były to: 1) pas znieczulenia w lewej lędźwi, 2) zachowanie się odruchów. Znieczulenie, powstałe przez uszkodzenie kilku korzeni tylnych, obejmowało lewą okolicę lędźwiową, dolną część brzucha, nieco poniżej pępka oraz w mniejszym stopniu część przedniej i środkowej powierzchni uda. Według znanych szematów THORBURN'a i HEAD'a, odpowiadało ono dziedzinie unerwienia najwyższych 2 (*resp.* 3) korzeni lędźwiowych oraz dolnych (11 i 12)

korzeni grzbietowych. Według HEAD'a te ostatnie unerwiają całą skórę brzucha do pachwiny.

Zachowanie się odruchów oraz postać porażenia zdawały się przemawiać, jak już wyłuszczyłem, za wyższem umiejscowieniem sprawy w rdzeniu, mianowicie w dolnych odcinkach grzbietowych, a nie niżej 1-go lędźwiowego. Zachowanie się odruchów skórnych jest, jak wiadomo, daleko mniej pewnym wskaźnikiem topograficznym. Bądź co bądź, pod uwagę brać również należało i to, że odruchy brzuszne z lewej strony były słabsze, odruch zaś podbrzusny (hypogastryczny) był całkiem zniesiony.

Na podstawie wszystkich danych przytoczonych rozpoznanie moje brzmiało: nowotwór zewnątrzrdzeniowy (intraduralny?) uciskający rdzeń na wykości ostatnich 2-ech odcinków grzbietowych oraz korzenie nerwowe ostatnie grzbietowe i górne (2—3) lędźwiowe.

Pomnąc o znanej już regule, że przy operacji należy szukać przedewszystkiem górnej granicy przypuszczalnego nowotworu\*) wskazałem koledze-chirurgowi 11 i 12 odcinki grzbietowe. Stosownie do tego postanowiliśmy rozpocząć laminectomię od 9-go kręgu grzbietowego.

8. XI przystąpiono do operacji w uspieniu chloroformowem. Usunięto łuki 8, 9 i 10-go kręgów grzbietowych. Po przecięciu opony twardej zauważono z lewej strony mały nowotwór, uciskający rdzeń, który w miejscu tem zbaczał nieco ku stronie prawej. Nowotwór siedział luźno w tkance pajęczynowej pod oponą twardą i dał się wyłuszczyć z wielką łatwością. Kształtu podłużno-owalnego, ma w wymiarze podłużnym około 2½ ctm.; powierzchnia nowotworu gładka, na jednym końcu widać miejsce (punkcik), w którym był przyrośnięty do otoczenia. Na przecięciu

widać, że jest otoczony torebką; przekrój ma wygląd marmurkowy, podobny do żelatyny. Badanie drobnowidzowe (kol. J. STEINHAUS) wykazało, że jest to *fibromyxoma*.

Pomimo jednakże, że rozpoznanie nasze zostało we wszystkich szczegółach potwierdzone, że nowotwór we wskazanem miejscu znaleziono i wyłuszczone, wreszcie że okazał się on natury nie złośliwej, dalszy przebieg, niestety skutkiem powikłania zapaleniem opon rdzeniowych, był niepomysłny. Ciepłota ciała zrazu pozostała prawidłową. Tętno małe, 120—140. Ogromne wzdęcie brzucha, odbijanie i wymioty. Pomimo kilkakrotnych wlewań brak stolca. Dopiero 3-go dnia po wlewaniu Hegarowskiem osiągnięto wypróżnienie. Zatrzymanie moczu. Porażenie kończyn dolnych stało się wiotkiem. Odruchów kolanowych brak, odruchy ze ścięgien Achilles'a umiarkowane. Podeszwowe słabe. Czucie w obwodowych odcinkach kończyn zachowane, z lewej strony nieco lepiej.

Na 3 dzień po operacji ciepłota 37,9°. Następnego dnia spadek do normy. 5 go ponowne podniesienie ciepłoty. Chory uskarża się na bóle w miejscu operowanem. Po zdjęciu opatrunku i usunięciu kilku szwów, wylało się trochę mętnego płynu. Następnego dnia przyłączyły się silne bóle głowy. W nocy chory był ogromnie podniecony.

#### 29. XI. *Exitus letalis.*

Oględziny pośmiertne, dokonane 30. XI. przez prosektora J. STEINHAUSA, wykazały: *Meningitis purulenta cerebrospinalis*.

Dodać muszę, że przypadek ten operowany został w okresie względnie wczesnym, w początku rozwijającego się dopiero okresu paralitycznego. Okoliczność ta, niemniej niż inne, powyżej przytoczone, pozwalały spodziewać się wyników jaknajpomysłniejszych.

Powikłania, które zgubiło naszego chorego, można unikać: dowodem liczne przypadki, operowane z zejściem pomysłnem. Jeśli jednak bliżej przytoczoną na wstępie kazuistykę rozpa-

\*) W większości przypadków, w których pomimo słusznego rozpoznania nowotworu przy operacji nie znaleziono, operowano zbyt nisko.

trzymy, to przekonamy się, że powikłanie to następowało dość często i to w przypadkach, operowanych przez najznakomitszych chirurgów (MIKULICZ, SCHEDE i inni), w najlepiej urządzonych klinikach: zakażenie septyczne jest najczęstszą przyczyną zejścia niepomyślnego operacji nowotworów rdzenia. Nie powinno to bynajmniej odstręczać od rękoczynów operacyjnych (w cierpieniu tak ciężkiem), ale ostrzeżga nas o konieczności zastosowania jaknajskru-

pulatniejszej aseptyki. W danym przypadku operacja była szczególnie trudna dzięki temu, że mieliśmy przed sobą mężczyznę o bardzo silnej budowie układu kostnego, z dobrze rozwiniętymi mięśniami: skutkiem tego pole operacyjne było bardzo głębokie, otworzenie kanału kręgowego wymagało więcej czasu — szereg momentów, powiększających niebezpieczeństwo zakażenia.

(C. d. n.).

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

36. MIKULICZ. Dzisiejsza chirurgia żołądka i kiszek oraz znaczenie jej dla lekarza wewnętrznego.

Autor wysnuwa swe poglądy z powodu przedstawienia słuchaczom chorego z rakiem kiszek, któremu od chwili opuszczenia kliniki przybyło na wadze 100 funtów. Był to mężczyzna 62-letni, który przed dwoma laty nagle bez powodu dostał gwałtownych bólów brzucha i wymiotów kałowych. Przy ostrożnem podawaniu środków czyszczących chory po 2 tygodniach mógł opuścić klinikę. Mimo to w następstwie, choć czuł się względnie dobrze, utracił na wadze 50 funtów w ciągu ½ roku. Przed rokiem zachorował ponownie na objawy podobne, jak za pierwszym razem: wymioty kałowe, zupełne zatrzymanie stolca, silne bóle brzucha; stawały się pętle kiszek, widoczne przez powłoki; brzuch wzdęty, indykan w moczu. Rozpoznano zwężenie kiszek prawdopodobnie cienkich lub początku grubej, a ze względu na wiek chorego, pochodzenia rakowego. Operacja pod znieczuleniem miejscowem stwierdziła rozpoznanie: był guz wielkości śliwki, zwężający, w okolicy zastawki biodrowo - kątniczej. Wycięto nowotwór w dwóch tempach, t. j. zajęłą część kiszek wraz z

sąsiednią kątnicą i kiszka biodrową oddzielono od kiszek, dopiero nazajutrz wycięto nowotwór i założono odbyt sztuczny, który później zamknięto przez operację plastyczną. Cel rozdwojenia operacji jest ten, że przy doraźnej rezekcji kiszek niepodobna uchronić otrzewny od zakażenia masami kałowemi.

Codziennie można się przekonać, że, jak w przytoczonym przypadku, raki kiszek lub żołądka przebiegają czas długi z objawami napozór niedrożności. Zwłaszcza co do kiszek, spostrzegamy zazwyczaj w początku tylko zaparcie, biegunkę lub obadwa naprzemian. Niekiedy nawet i tych objawów braknie, a rak przebiega skrycie, tak, iż człowiek dotąd zdrowy, nagle zapada na zamknięcie kiszek, i operacja wykrywa raka zwężającego. To samo dotyczy odbytnicy.

Podstawą dzisiejszej chirurgii żołądka i kiszek jest możność dokonywania otworów w tych narządach i łączenia ich bądź z powierzchnią ciała, bądź z innymi częściami kiszek. Możność tę otrzymaliśmy dzięki szwowi LEMBERT'a, który staje się jeszcze pewniejszym przez szew CZERNY'ego. Do zamykania otworu okrągłego np. po odcięciu wyrostka, posługujemy się t. zw.

szwem wiążącym (Schnurnaht). Guzik MURPHY'ego stosuje MIKULICZ przy reseceji żołądka dla połączenia kikuta żołądkowego z dwunastnicą lub jelitem czczem.

Operacje typowe są następujące:

1) Utworzenie stałego lub przejściowego połączenia żołądka lub kiszki z powierzchnią ciała. Stosownie do celu przetoki sztucznej, odróżniamy dwa rodzaje operacji: a) służące do sztucznego wlewania pokarmów; b) służące do wyprowadzania zawartości kiszki nazewną.

Pierwszemu celowi odpowiada gastrostomia; robi się ją przy zwężeniach wszelkiego rodzaju w obrębie przelyku lub wpustu. W metodach podług WITZEL'a i KADER'a posiadamy dziś rękoczyn, odpowiadający wszelkim wymaganiom (ponieważ obok rurki nie wywierają działania ani na przetokę, ani na otaczającą skórę). Jejunosomię robi się bardzo rzadko, np. przy obfitych krwotokach z wrzodów żołądka.

Zakładanie przetoki do usuwania zawartości kiszki wykonywa się głównie w obrębie kiszki grubej. Dotyczy to guzów zwężających, blizn i owrzodzeń. Odbyt sztuczny robi się bądź w okolicy kątnicy, bądź zgięcia esowatego, zależnie od wysokości przeszkody.

Drugim typem operacji jest utworzenie sztucznego połączenia między dwoma sąsiednimi lub odległymi odcinkami kiszki. Wówczas robi się: gastroanastomozę (połączenie dna z częścią odźwiernicą w żołądku t.zw. klepsydrowym (Sanduhrmagen)], gastroenteroanastomozę lub enteroanastomozę. Najczęściej wykonywana bywa gastroenteroanastomoza: przy zwężeniach odźwiernika wskutek raka, zbliznowaceń, wreszcie w pewnych postaciach wrzodu. Nowe połączenie może być rozmaitego rodzaju: a) Pyloroplastyka podług HEINEKE-MIKULICZA; b) Duodenogastrostomia podług HENLE'go i KOCHER'a; c) Połączenie z pętlą jelita czczego: *gastroenterostomia antecolica*, zaproponowana przez WÖFLER'a, lecz zarzucona z powodu licznych stron ujemnych, lub *g. retrocolica* podług HACKER'a.

Enteroanastomoza, czyli połączenie między dwiema pętlami kiszki, wykonywana bywa w celu obejścia nie dającej się operować przeszkody w kiszce.

Trzecią grupę operacji stanowią rezeceje. Według drugiej metody BILLROTH'a rezeceji żołądka, coraz częściej dziś stosowanej, zamyka się doszczętnie zarówno kikut żołądkowy, jak i dwunastniczy, a następnie wytwarza się nową anastomozę między żołądkiem a jelitem czczem.

Również przy rezeceji kiszki można w różny sposób połączyć z sobą kikuty kiszkowe (appozycya, implantacya; najprostsze jest obrączkowe połączenie obu światel kiszki szwem lub guzikiem MURPHY'ego). Wycięcie kiszki może być dokonane jednorazowo lub dwurazowo (powyżej opisany przypadek).

Technika operacji na przewodzie pokarmowym jest dziś tak udoskonalona, że można prawie ręczyć za przywrócenie normalnej funkcji narządu.

Śmiertelność po rezeceji żołądka wynosi u najlepszych operatorów 15—20%. Mniej niebezpieczna jest gastroenterostomia, której śmiertelność w sprawach łagodnych wynosi 3—5%. Niebezpieczeństwo tej operacji polega na 3 momentach: 1) zapaść, 2) zapalenie otrzewny, 3) zapalenie płuc. Zapaść bywa tem groźniejsza, im otrzewna na większej przestrzeni została obnażona, i im dłużej trwa operacya. Czas trwania dozwolony MIKULICZ ogranicza do 2 godzin. Zapalenie otrzewny zależy przedewszystkiem od pewności techniki. Dokładna tamponada w okolicy pola operacyjnego ma tu ważne znaczenie.

Mikulicz usiłował podnieść odporność otrzewny przez sztuczną hyperleukocytozę. Osiągnąć to się da: 1) przez obfite przeplukanie otrzewny fizyologicznym roztworem soli kuchennej; 2) przez iniekcję podskórną obojętnego kwasu nukleinowego (50 c. sz. 2% roztworu).

Trzecie niebezpieczeństwo — zapalenie płuc pooperacyjne powstaje w części drogą przerzutową.

Z chorób, nadających się do operacji na żołądku, wymienić należy naprzód ciała obce. Następnie główne wskazania dotyczą: wrzodu i raka.

Przy wrzodzie zasługują na uwagę dwa powikłania. Pierwszem jest zwężenie bliznowate, najczęściej w odźwierniku. Tu robi się: pyloroplastykę, gastroduodenostomię i gastrojejunosomię. Pierwsza operacya zasługuje



na pierwszeństwo przed innymi, lecz nie zawsze daje się wykonać. Śmiertelność przy ostatnich dwóch operacjach wynosi około 5%. Czynnościowo następuje zupełny powrót do zdrowia.

Przy drugim powikłaniu wrzodu — przedziurawieniu do jamy otrzewnej, chorego bez operacji ocalić trudno. Rokowanie bywa o tyle lepsze, o ile wcześniej się zabiega. W pierwszych 12 godzinach można do pewnego stopnia spodziewać się ocalenia chorego; po upływie doby chorzy prawie zawsze giną. Gdzie bezpośrednie zaszcycie przedziurawionego wrzodu przedstawia trudności techniczne, można obaczyć wrzód siecią.

Czy przy obfitym krwotoku żołądkowym operować, czy nie? Gdy krwotok pochodzi z większego naczynia, najczęściej *art. coronaria sin.* lub *art. pancreatica*, to zabieg bywa bardzo trudny, gdyż często niepodobna znaleźć miejsca krwawiącego, a nawet w razie znalezienia, nie zawsze uda się podwiązać lub obkluć tętnicę. Trzeba być przygotowanym na nieudanie się operacji i daremne zaszcycie jamy brzusznej. Zresztą zdarzały się tu przypadki zagojenia samoistnego.

Więcej uzasadniona jest operacja przy powtarzających się często małych krwawieniach. Tu wskazana być może gastroenterostomia.

Czy wrzód żołądka, jako taki, ma być leczony operacyjnie? W większości przypadków wystarcza leczenie wewnętrzne. Ale u klas pracujących, w przypadkach uporczywych, szybko powtarzających się, należy mieć operację na uwadze. Robi się pyloroplastykę i gastroenterostomię.

Przy raku żołądka wykonywa się bądź rezekcyę, bądź gastroenterostomię. Niestety, operacja radykalna możliwa jest w razach wyjątkowych, co zależy albo od siedliska nowotworu, albo od zbyt późnego operowania.

Dla rozpoznania raka istnieje jeden tylko objaw pewny: guz wyczuwalny. Lecz i w razach wątpliwych MIKULICZ decydował się proponować chorym operację. Przedewszystkiem chodzi tu o cięcie próbne, nie groźne bynajmniej, a dające możność określenia, jaki zabieg byłby wskazany. Gdy operacja doszczętna nie jest już możliwa, to gastroenterostomię robi się tylko przy objawach zwężenia. Przy wyraźnem char-

łactwie lepiej zaniechać operacji, gdyż przedłużamy życie zaledwo na kilka miesięcy. Mała zawartość hemoglobiny we krwi (niżej 40%) powinna być przeciwwskazaniem dla jakiegokolwiek zabiegu chirurgicznego.

Wyniki ostateczne gastroenterostomii przy raku żołądka nie są zbyt dobre. Śmiertelność wynosi 20—30%. Przyczyną śmierci najczęściej zapalenie płuc pooperacyjne. Operowani żyją przeciętnie około 7 miesięcy po operacji; liczne przypadłości żołądkowe pozostają te same, tylko objawy retencyjne ustępują.

Pomyślniejsze są wyniki rezekcyi żołądka ze śmiertelnością 20%. Większość operowanych ginie skutkiem recydywy. Niemniej przecie pozostaje 16—20% przypadków, gdzie chorzy żyją dłużej, niż 4 lata, bez nawrotów.

Co się tyczy kiszek, to chirurgia ma na względzie dwa cierpienia: sprawy wrzodziejące i nowotwory.

Z wrzodów istnieje przedewszystkiem *ulcus pepticum duodeni*. Tu robi się gastroenterostomię.

We wrzodach tyfusowych chirurg potrzebny jest tylko przy przedziurawieniu do jamy otrzewnej.

Więcej obchodzi chirurga wrzód gruźliczy. Lecz operacji podlegać mogą jedynie wrzody pojedyncze a także t. zw. *Tuberculoma DIELAFOY* czyli *Tumor ileo-coecalis tuberculosus*. Rozpoznanie ostatniego jest jednak prawie niemożliwe; różniczkowo pamiętać należy o raku, promienicy i t. zw. bliźnie okołokatniczej (*perityphlitische Schwiele*).

Z guzów kiszek rzadkie są tłuszczaki i mięśniaki, mogące dawać objawy zwężenia.

Ze złośliwych — mięsak najczęściej nie prowadzi do zwężenia кишки.

Rak кишки przejawia się głównie dwiema cechami: 1) zwężeniem i 2) guzem. Jednakże obie te cechy nie idą równolegle w swym rozwoju: małe, wielkości jaja gołębiego guzy prowadzić mogą do znacznego zwężenia, gdy przeciwnie, guzy wielkości pięści mogą nie dawać oznak zwężenia. Rakowi towarzyszą zazwyczaj objawy nieżytowe, zależne od zastojów kału powyżej zwężenia. Objawy te polegają mogą na bieguncie lub na zaparciu; często bywa to naprzemiennie, zwłaszcza przy guzach кишки grubej. Dalszym

objawem zwężenia są bóle kureczowe, których może nie być przy zwężeniach dolnej części kiszki grubej. Przy zwężeniach kiszek cienkich cechą charakterystyczną bywa też znaczne wzmożenie zawartości indykanu w moczu. Cięższymi zwężeniom towarzyszy zwykle wychudnięcie. Domieszka krwi lub śluzu w kale bywa tylko przy guzach w dolnym odcinku kiszki grubej.

Natura zwężenia nie ma wpływu na wybór metody operacyjnej. Usunięcie tegoż może być dokonane rozmaicie.

Rezekcyja chorego odcinka z połączeniem obu końców kiszki robi się przy guzach złośliwych. Gdy rezekcyja z powodu rozległości raka jest niemożliwa, to trzeba się ograniczyć na obejściu przeszkody za pomocą enteroanastomozy lub wyłączenia odcinka kiszki.

Przy rzadkich guzach kiszek cienkich robi się rezekcyę w jednym tempie. Inaczej przy guzach kiszki grubej.

Gdy nie można zrobić rezekcyi, ani enteroanastomozy, to pozostaje odbyty sztuczny. Operacya ta wykonywana bywa jedynie przy zwężeniach kiszki grubej. Daje się uskutecznić pod znieczuleniem miejscowym.

Co do rokowania w operacjach kiszkowych, to kolostomia przy znieczuleniu miejscowym jest operacyą zupełnie bezpieczną. Śmiertelność przy enteroanastomozie i wyłączeniu kiszki — wynosi 10%; natomiast przy rezekcyi pierwotnej, zwłaszcza z powodu raka, dochodziła do 30—40%. Dzięki operacyi w dwóch tempach śmiertelność spadła do 10%.

Pod względem czynnościowym wyniki przy rezekcyi są bardzo dobre. Mniej pomyślnie są przy enteroanastomozie, gdy pozostaje jeszcze rozległe ognisko chorobowe. Tylko przy zwężeniach bliznowatych lub pojedynczych wrzodach gruźliczych zwykła enteroanastomoza prowadzi do wyników dobrych.

Przy raku otrzymać można 35% wyleczeń trwałych. MIKULICZ ma dwóch chorych, z których jeden żyje lat 12, drugi 18 bez recydywy.

Przy niedrożności ostrej odróżnić trzeba trzy postaci: dynamiczną, przewężającą (strangulacyjną) i zamykającą (obturacyjną).

Niedrożność dynamiczna jest prawie zawsze wynikiem ostrego bezwładu kiszek, spowodowanego zapaleniem otrzewny. Przewężająca powstaje w ten sposób, że pętla kiszkowa zosta-

je zamknięta przez sznurek lub przepuklinę wewnętrzną lub skręcenie dokola osi. Ta postać szybko sprowadza zgorzel i przedziurawienie kiszki. Przy niedrożności zamykającej przeszkoda leży w kiszce samej (nowotwór, kamień żółciowy). Tu przebieg zazwyczaj nie bywa bardzo burzliwy. Niedrożność przewężającą usunąć można jedynie drogą operacyjną.

(Deutsche Klinik. Zeszyty 128—130).

P.

37. K. WALKO. Zapalenie okołopęcherzowe w następstwie ukrytego zapalenia okołokatniczego.

Ostre zapalenie tkanki łącznej okołopęcherzowej, t. zw. *cavum praeperitoneale Retzii*, zdaje się, jako cierpienie pierwotne, czyli samoistne, niezmiernie rzadko, a przy ściślejszem spostrzeganiu częstość tej sprawy coraz więcej ograniczona zostaje. Również rzadką postać przedstawia zapalenie przerzutowe *cavi Retzii* w następstwie ciężkich cierpień ogólnych, jak posocznica, tyfus brzuszny i t. d. Inną znów postać stanowi urazowa oraz zależna od działania zimna. Najczęściej jednak *pericystitis* powstaje wtórnie w następstwie spraw zapalnych tkanki łącznej miednicy (*parametritis*) albo narządów płciowych i moczowych, np. w następstwie zapalenia pęcherza albo uszkodzenia tegoż przy kruszeniu kamieni pęcherzowych, około uchyłka pęcherza, w następstwie nacieczenia moczowego i t. d.

Nierzadko także *pericystitis* rozwija się w następstwie cierpienia kątnicy lub wyrostka robaczkowego. Zapalenie wyrostka może przytem przebiegać skrycie, tak, że rozwijające się później zapalenie okołopęcherzowe czyni wrażenie samoistnego, pierwotnego.

Autor przytacza 2 przypadki tej ostaniej kategorii, w których za współistniejącem zapaleniem (przewlekłym) wyrostka przemawiały występujące od czasu do czasu bóle w okolicy biodrowo-kątniczej, wrażliwość tej okolicy na ucisk, uporczywe zaparcie stolca, wyczuwanie zgrubiałego wyrostka (w jednym przypadku) i t. d. Pamiętać należy o tem, że przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego przebiega często w ciągu lat b. niewyraźnie, skrycie i po upływie dłuższego czasu wywołać może następcze cierpienia, stwierdzone później na stole operacyjnym lub przy oględzinach pośmiertnych. Tak, NOTHNA-

GEL wspomina o ropniach wewnątrz- otrzewnych, wątrobowych, zapaleniu ropnem opłucny, obrazie posocznicy niewiadomego pochodzenia (*septicaemia cryptogenitica*) i t. d. Należy tu także opisana przez EWALD'a postać (*perityphilitis larvata*) oraz spostrzeżenia JAKSCH'a, ogłoszone przez HERRMANN'a i RUBRITUS'a, w których w następstwie ukrytego zapalenia okołokątniczego wystąpił obraz gruźlicy błon surowicznych. Jakkolwiek rozprzestrzenianie się wysięku okołokątniczego w kierunku pęcherza często sprowadza zaburzenia w urynowaniu, a ropień okołokątniczy nierazdo opróżnia się do pęcherza, to jednak wyraźny obraz zapalenia okołopęcherzowego w przebiegu lub następstwie zapalenia okołokątniczego dotychczas nie często był spostrzegany. Zasługuje na uwagę wzmianka ENGLISCH'a, który zebrał wszystkie ogłoszone przedtem spostrzeżenia, że zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego zdarzają się w postaciach urazowych, przerzutowych i następczych o wiele rzadziej i w stopniu o wiele mniejszym, niż w przypadkach samoistnego zapalenia okołopęcherzowego. W wielu przypadkach tej ostatniej grupy występowało w ciągu dłuższego czasu zaparcie stolca. W większej części tych przypadków zaparcie stolca towarzyszyły kolki, a nawet wymioty. U niektórych chorych istniał także poprzednio, przez czas dłuższy, stan gorączkowy. Ze wszystkiego tego możnaby wnioskować, że w niektórych przynajmniej przypadkach tego niby samoistnego zapalenia okołopęcherzowego ciepłota była właściwie następcza, zależna od ukrytego zapalenia okołokątniczego albo przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.

PAUZAT i LEUSSER tłumaczą powstawanie ropni okołopęcherzowych w ten sposób, że wskutek silnych skurezów bardzo bogatych w naczynia mięśni prostych brzucha, spowodowanych przez silne kolki, następuje rozdarcie tych naczyń i wynacznienie, które przechodzi w ropień podmięśniowy, a następnie okołopęcherzowy. Przeciw temu tłumaczeniu zauważyć można, że nie uwzględnia ono wcale przyczyny i pochodzenia zaburzeń kiszkowych i kolek.

Tłumaczenie autora wydaje się o wiele prawdopodobniejszym. Nie wolno jednak wnosić ztąd, ażeby obecność zaburzeń kiszkowych miała być zawsze oznaką przebytego zapalenia

okołokątniczego, gdyż i naodwrot szereg sprawy zapalnej w kierunku od pęcherza do kiszki ślepej dać może obraz podobny do zapalenia okołokątniczego i powodować zaparcie stolca i kolki kiszkowe wskutek podrażnienia otrzewny. Objawy te występują jednak wtedy raczej jako zjawiska towarzyszące lub następcze, niż zwiastunne.

ENGLISCH uważa samoistne zapalenie okołopęcherzowe za chorobę zakaźną, w której niewiadomy sprawca podziałał na samą tylko tkankę łączną *cavi Retzii*, albo jednocześnie także na pęcherz moczowy. Za moment usposabiający uważać należy przebyte lub istniejące jeszcze cierpienie dróg moczowych. W każdym razie pewnym jest, że osobniki gruźlicze skłonne są do izolowanego zapalenia tkanki łącznej wzmiankowanej okolicy.

Co się tyczy symptomatologii zapalenia okołopęcherzowego, to po większej części istnieje silne parcie na mocz, który opróżnia się w bardzo małych ilościach i z silnymi bólami. Często występują także kurezowe bóle w prostnicy. Niekiedy wydalanie moczu zupełnie zostaje powstrzymane, co wytłumaczyć możemy uciskiem ze strony wysięku. Ten ostatni przedstawia się zwykle jako kulisty guz powyżej spojenia łonowego, zbaczający od linii środkowej nieco na prawo albo na lewo, często wymacać się dający *per rectum* lub *per vaginam*. Guz jest zazwyczaj dość twardy, w razie zaś zropienia przybiera spistość ciastowatą. Po opróżnieniu pęcherza moczowego za pomocą cewnika objętość guza nie zmienia się. W niektórych przypadkach mocz jest zupełnie prawidłowy, przy przejściu zaś sprawy zapalnej na błonę śluzową pęcherza występują oznaki *cystitidis*, przyczem mocz łatwo staje się alkalicznym. Przy istniejącej komunikacji pęcherza z kiszkami, jak np. po otwarciu ropnia okołokątniczego do pęcherza, po przedziurawieniu zmienionych (owrzodziały) gruźliczo kiszek i t. d., występują także objawy kałomoczu i gazomoczu. Z objawów kiszkowych najczęściej istnieje zaparcie stolca, które trwa przez cały czas choroby, albo też biegunka, uczucie ciężaru i bóle w kiszce prostej, parcie.

Bardzo ważne jest w porę podjęte, odpowiednie leczenie wysięku okołopęcherzowego, gdyż ten przechodzi zazwyczaj w ropienie i pro-

wadzi do opróżnienia ropy nazewnątrz, do pęcherza, prostnicy, pochwy, rzadziej do jamy otrzewny. W 2 przypadkach ULZMANN'a, dotyczących dzieci, nastąpiło po okładach rozgrzewających wessanie znacznego wysięku po upływie 3—4 tygodni. W początku i podczas trwania silnych bólów i wrażliwości zajętej okolicy lepiej nadają się okłady lodowe, później zaś — wilgotne ciepło. W 2 przypadkach autora, zakończonych również wyzdrowieniem bez operacyi, zastosowano okłady wyskokowe (50%) pod pęcherzem z lodem. Podobne okłady oddają dobre usługi w leczeniu wysięków okolokątni-

czych i gruźliczego zapalenia otrzewny, gdyż posiadają działanie uśmierzające i przyspieszają wessanie wysięku. Po za tem zwalczać należy zaparcie stolca najlepiej za pomocą wlewania oliwy do prostnicy, bóle zaś koić przetworami makowca. Przy zropieniu wysięku wskazana jest możliwie wczesna interwencya chirurgiczna. Zgodnie z tem, co powyżej o etiologii tego zapalenia widzieliśmy, należy baczną uwagę skierować na okolicę kiszki ślepej i możliwie usunąć dotkniętą sprawą zapalną wyrostek robaczkowy. (Münch. med. Woch. N. 45. 1904).

S. P.

## XXXIV zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie

(26—29 kwietnia r. b.)

Skreślił A. J. GOLDMAN (Łódź).

Tegoroczny zjazd chirurgów niemieckich przy licznym udziale chirurgów Niemiec, Austrii, Szwajcaryi, względnie licznym—Francyi, Rosyi i Królestwa, został otwarty przez przewodniczącego zjazdu prof. KRÖNLEIN'a z Zürichu wstępna mową w której po uczczeniu pamięci 15 zmarłych członków krótkim rysem biograficznym i zakomunikowaniu o 106 nowo-przyjętych członkach, zwrócił on uwagę na zaszłą konieczność zmiany porządku dziennego zjazdu wskutek nader znacznej liczby zapowiedzianych odczytów i ewentualnej dyskusyi, która to ostatnia, zdaniem jego, stanowi najważniejszą cześć każdego zjazdu. Podział odczytów zarządził w ten sposób, że na każdy dzień zjazdu wyznaczony został jeden ogólniejszy temat ze wszystkimi odnośnymi odczytami i dyskusją, a dopiero po wyczerpaniu tego tematu odbywały się inne odczyty. W ten sposób wszechstronnemu omówieniu uległy następujące sprawy.

1) Wybór odpowiedniego czasu do operowania w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego.

2) Rozpoznawanie, wskazanie i wyniki usuwania nerki ze szczególnem uwzględnieniem gruźlicy.

3) Zapalenie płuc po cięciu brzuszem.

4) Wyniki leczenia złamania rzepki drogą krwawą i bezkrwawą.

1-szy dzień (poniedziałek 26 kwietnia).

1) BIER (Bonn). „Przekrwienie zastoinowe w ostrych stanach zapalnych z przedstawieniem przyrządów i chorych“.

Nie wchodząc w ogólne działanie przekrwienia zastoinowego, BIER omówił i pokazał przyrządy do stosowania swej metody w sprawach zapalnych ostrych, a mianowicie t. zw. przyrządy ssące, t. j. banki szklane różnej formy (zależnie od cierpienia), w których za pomocą pompki gumowej rozrzedzamy powietrze. W sprawach zapalnych bez ropienia wystarcza samo przekrwienie; gdzie jest już ropień, robimy uprzednio kilka małych nacięć najlepiej tenotomem; w *furunculosis*, *antrax benignus* wszelkie szerokie nacięcia są zbyt ciężkie; chorzy przy stosowaniu przekrwienia biernego nie powinni odczuwać bólu, lecz mieć uczucie, że dana powierzchnia skóry tuż tuż pęknie.

Mówca pokazał następujących chorych:

1) Chorego z *adenitis subaxillaris suppurativa*, u którego zastosował na posiedzeniu prze-

krwienie bańką szklaną z rozrzedzonym w wyżej omówiony sposób powietrzem.

2) Przypadek ropówki palca i zapalenia naczyń chłonnych przedramienia, gdzie po uprzednio wykonanem małym nacięciu skóry, stosuje się przekrwienie bierne za pomocą ucisku ramienia elastyczną przewiązką (22 godziny, 2 godziny wysokie ułożenie kończyny, opatrunek bez wytamponowania rany).

3) Przypadek zropienia gruczołu na szyi (gruźliczego pochodzenia), leczony ssącą bańką po uprzednim małym nacięciu skóry.

4) Przypadek ropnego zapalenia stawu międzyczłonkowego na palcu przy istniejącym obrzęku całej dłoni.

5) Przypadek ropówki ścięgien palucha — wyleczony.

6) Przypadek rany postrzałowej dłoni z ropieniem, będący na wyleczeniu (omawianą metodą).

7) Przypadek *panaritium ossale* z obrzękiem całego przedramienia i zgorzelą palca; w przypadku tym wykazać można, że przekrwienie zastoinowe nie wpływa niszcząco na tkanki, lecz przeciwnie bliskie zgorzeli ratuje, o ile sprawa nie jest zbyt daleko posunięta; w przypadku tym przekrwienie zastoinowe nie może wpłynąć na zachowanie całego palca, który musi być częściowo usunięty, lecz na sprawę zapalną bezwarunkowo dobrze działa.

Z podanych przez BIER'a cyfr przytaczamy niektóre: w 18 przypadkach ropnego zapalenia gruczołu piersiowego leczenie trwało przeciętnie 3 tygodnie, w 12 przypadkach *furunculosis* leczenie trwało 5 dni. Z 18 przypadków ropnego zapalenia wyrostka sutkowego z ropieniem z ucha wyleczenie nastąpiło w 12, reszta były to albo *cholesteatomata*, albo też cierpienia, powikłane przez tworzenie się martwaków.

Bandaż gumowy w celu wywołania przekrwienia biernego winien być nałożony na kończyny w ostrych i zapalnych sprawach na 10 — 22 godzin, przyczem nie należy się obawiać silnego zaczerwienienia i wypełnienia dróg limfatycznych, a nawet często występujących objawów pozornej róży; bólu chory nie powinien wcale doznawać; przy istniejącem ropieniu należy zawsze uprzednio wykonać małe nacięcie, a raczej uaklucia (Stichincision); leczenie przekrwieniem biernem zdaje się wpływać na zmniej-

szenie zniekształceń (po szerokich cięciach), zapobiega zgorzeli ścięgien przy ropniach na palcach wskutek zbytecznego wtedy tamponowania ran.

Chorych, leczonych metodą BIER'a, uczestnicy zjazdu mogli cały czas obserwować w klinice BERGMANN'a. W związku z odczytem wystąpiła firma ESCHBAUM'a z Bonn przyrządy w celu stosowania metody BIER'a.

Dyskusya na ten temat została odłożona do końca posiedzeń.

2) KÜSTER (Marburg). „Przypadek miejscowego zastosowania antytoksyny tężca“.

Służący w instytucie BEHRING'a, który już 2 razy chorował na tężec, zakaził sobie palec prawej ręki przez drobną rankę nader silną kulturą tężca; ranka została wymyta i obficie wypłukana antytoksyną tężca; w krótkim czasie wystąpił wyraźny tężec prawej górnej kończyny. Odpreparowano wtedy nerwy prawej pachy i w każdy nerw wstrzyknięto tyle antytoksyny, aż pięć nerwowy wyraźnie nie napęczniał; ranę zasztyto zupełnie. Po 12 godzinach tężec ustąpił. KÜSTER objaśnia działanie antytoksyny w tym przypadku przez zamknięcie komunikacji między obwodem i ośrodkiem, nieznaczone objawy w zwaczach objaśnić sobie można przeniknięciem jadu w nieznaczonej ilości do mleczka, ilość ta nie wystarczała do wywołania ogólnych objawów.

Dyskusya.

KÖNIG (Berlin) zapytuje, czy pacjent miał ogólne objawy, jak szczękościsk, skurecz mięśni brzucha i t. d.

KÜSTER dodaje, iż szczękościsk miał miejsce.

HERTEL (asystent prof. HACKER'a w Grazu) komunikuje przypadek, leczony w opisany przez prelegenta sposób antytoksyną, ze śmiertelnem zejściem.

BRAUN (Getynga) zapytuje, gdzie i jak należy zastrzykiwać antytoksynę w przypadkach ciężkiego i ogólnego tężca.

KÜSTER odpowiada, że miał na względzie tylko te przypadki — gdzie tężec jest ograniczony; w przypadkach ogólnego tężca na tej drodze nie zrobić się nie da.

KÖNIG (Berlin) zwraca uwagę, że niekiedy tężec ustępuje bez wszelkiego specjalnego leczenia, a z drugiej strony już pozorni ozdrowieńcy, nawet leczeni antytoksyną, nagle umie-

rają bez poprzedzających niepokojących objawów.

3. JORDAN (Heidelberg). „Ropienie nerek i okołonerkowe po wrzedzionkach i innych nieznacznych obwodowych ogniskach ropnych“.

JORDAN obserwował i operował w 12 takich przypadkach; ropnie były prawie wszystkie pojedyncze i prawie zawsze w jednej nerce. W symptomatologii tego cierpienia, które często przebiega pod postacią najróżnorodniejszych cierpień, prelegent zwraca szczególną uwagę na powiększone wymiary nerki i bolesność pod 12-tem żebrem; wczesne rozpoznanie i natychmiastowa interwencja stanowią o przebiegu cierpienia — nie należy czekać, aż ropień wysunie się nazewnątrz lub jest bliski pęknięcia. Cierpienie omawiane jest częstsze, niżby się zdawać mogło.

Dyskusya.

ISRAEL (Berlin) zwraca uwagę na trudność powzięcia postanowienia o interwencji przy braku objawów ze strony moczu; jemu zawsze się to udaje. W jednym przypadku miejscem wnikięcia zarazka była błona śluzowa nosa.

RIEDEL (Jena) i SCHNITZLER (Wiedeń) dopełniają statystykę prelegenta opisem swoich przypadków.

4. HEILE (Wrocław) „Autoliza, jako czynnik leczniczy w chirurgii“.

Omówiwszy krótko ważność rozpadu produktów komórkowych, enzym i uwalnianie się ich fermentów, które wiążą się z leukocytami, prelegent podaje swe doświadczenia, w których za pomocą wstrzykiwania 1% roztworu kwasu nukleinowego starał się zgromadzić w jednym miejscu leukocyty, a następnie niszczyć je za pomocą promieni RÖNTGEN'a. Prelegent sądzi, że w tym rozpadzie tkanek i uwalnianiu się fermentów tkwi jądro sprawy leczenia metodą BIER'a.

5) HEINEKE (Lipsk). „Działanie promieni RÖNTGEN'a na szpik kostny“.

Zdaniem mówcy, we wszystkich przypadkach białaczki można dzięki promieniom RÖNTGEN'a osiągnąć znaczne polepszenie, nigdy jednak zupełne wyleczenie.

Na tablicach, przedstawionych przez mówcę, widać zmiany szpiku kostnego pod wpływem promieni RÖNTGEN'a, a mianowicie wzmoczoną renerację komórek szpiku; ponieważ u czło-

wieka nie można wywoływać owej regeneracji aż do zupełnej *restitutio ad integrum* ze względu na wrażliwość skóry względem promieni X, röntgenizacja może być tylko paliatywem w białaczce, wszakże o niepośledniej wartości; we wszystkich leczonych przez siebie przypadkach H. mógł skonstatować znaczne polepszenie.

6. Körte (Berlin). „Wybór odpowiedniego momentu do operacji w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego“.

Po krótkim historycznym omówieniu faz, które przechodziła sprawa na różnych kongresach chirurgicznych berlińskich, K. zwraca uwagę na niebezpieczeństwo, grożące choremu podczas ostrego napadu — niedoceniane, niestety, przez wielu lekarzy chorób wewnętrznych. Prelegent jest zwolennikiem wczesnego operowania od czasu, kiedy się przekonał, jak zdumiewająco dobre wyniki otrzymać można przy wczesnej interwencji, kiedy mamy do czynienia z niewielkimi stosunkowo objawami; już po 13 godzinach znajdował on ropę w jamie brzusznej i dlatego twierdzi, że należy operować przez pierwsze 2 dni choroby; w 3 dniu szanse powodzenia są znacznie już mniejsze, po tym okresie należy oczekiwać wytworzenia się ropnia lub zupełnie nie operować aż do wygaśnięcia sprawy zapalnej. Ze 180 przypadków ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego przy zachowaniu tego przepisu KÖRTE nie miał ani jednego śmiertelnego zejścia. Z powikłań ostrej postaci cierpienia prelegent wspominał o zapaleniu żył wrotnych, ropniach wątroby, zapaleniu jajników i jajowodów, zamknięciu światła kiszek i t. d.; wszystkie te powikłania, według KÖRTE'go, można też opanować, jeśli operujemy we wczesnym okresie cierpienia. Zrosty spotykamy tylko po kilku nawrotach choroby i w usuniętych wyrostkach można skonstatować wszystkie znane postaci anatomopatologicznych zmian; różnicy między zapaleniem wyrostka ropnem i zgorzeli nowem niema; pierwszych zmian w naczyniach nie udało się mówcy nigdy widzieć.

Interwencja w czasie wolnym od napadów nie jest rękoczynem tak łagodnym, jak otwarcie ropnia po zapaleniu wyrostka; często występują przetoki kałowe wskutek przerzynania się szwów; operacje w czasie wolnym od napadu dały mówcy 1% śmiertelności; każdy nowy

nawrót pogarsza warunki interwencji wskutek tworzenia się świeżych zrostów.

Omówiwszy jeszcze w krótkich słowach t. zw. *pseudoappendicitis*, *appendicitis obliterans* i nowotwory złośliwe wyrostka (raki), prelegent postawił następujące wnioski:

a) Ostre zapalenie wyrostka nawet ze znacznym podrażnieniem otrzewny winno być radykalnie operowane przez pierwsze trzy dni choroby.

b) Usunięcie wyrostka à froid winno być dokonane możliwie po pierwszym napadzie.

Dyskusya.

Roux (Lozana) zgadza się w zasadzie z wywodami prelegenta, zwraca jednak uwagę na to, że cyfra śmiertelności po operacjach w czasie wolnym od napadów jest dlatego tak mała, iż zbyt często operujemy w przypadkach po domniemanym napadzie zapalenia wyrostka i usuwamy zupełnie zdrowe wyrostki w obawie, aby nie być zmuszonymi operować zbyt późno.

Kümmel (Hamburg) jest bezwzględny zwolennikiem wczesnego rękoczynu, gdyż zapalenie wyrostka jest cierpieniem z nader niepewną prognozą; po trzecim dniu należy jednak bezwarunkowo czekać, naciąć ropień, jeśli tenże się utworzy, i dopiero po 6—8 tygodniach usunąć wyrostek w czasie wolnym od napadu.

FEDERMANN (Berlin) — w zastępstwie prof. SONNENBURG'a — podaje wyniki, otrzymane w szpitalu Moabit, zaznaczając, że SONNENBURG nie jest, co prawda, zwolennikiem bezwarunkowego wczesnego operowania, szczególnie w przypadkach lżejszych, jednakże zasadniczo zgadza się, że pierwsze 2 doby są najodpowiedniejszym momentem dla interwencji w ostrym zapaleniu wyrostka; w wielu przypadkach S. wyczekuje samoistnego wessania się wysięku.

ROTTER (Berlin) na zasadzie otrzymanych przez siebie wyników oświadcza, że najlepiej jest operować przez pierwsze 24 godziny po rozpoczęciu się choroby: z 25 przypadków operowanych w pierwszym dniu ropny wysięk można było skonstatować w 4 przypadkach, z 65 — operowanych w drugim dniu — ropny wysięk był w 31 przypadkach.

RIEDEL (Jena) prosi, aby KÖRTE podał swą technikę operacji.

CECCHERELLI (Parma), ze względu na niemożność postawienia ścisłej prognozy w zapale-

niu wyrostka, jest zwolennikiem wczesnego operowania; pogląd SONNENBURG'a w związku z nowoczesnymi poglądami tłómaczy sobie w ten sposób, że S. potrafi lepiej, niż inni, odróżniać przypadki lżejsze od ciężkich.

SCHLANGE (Hannover) zwraca szczególną uwagę na okres cierpienia, uważany przez lekarzy ogólnych za okres zwiastunów; są to przypadki, gdzie wysięk okołokątniczy powstrzymywany jest jeszcze przez zdrową otrzewną, i które w trzecim dniu choroby nagle zmieniają swój obraz chorobowy; one to stanowią o wysokości cyfry śmiertelności po operacjach, dokonanych w ostrym okresie zapalenia wyrostka.

REHN (Frankfurt) jest dumny, że jego poglądy na sprawę leczenia ostrych przypadków cierpienia znalazły potwierdzenie we wnioskach prelegenta, i sądzi, że z czasem KÖRTE podzieli jego pogląd co do operacji w czasie wolnym od napadów; tu zdaniem REHN'a wszystko zależy od techniki, jak i w przypadkach tworzenia się oddalonych ropni.

AMSPERGER (Heidelberg) komunikuje poglądy kliniki prof. CZERNY'ego, który ogranicza wskazanie do wczesnej operacji. W czasie wolnym od napadów, również jak i REHN, usuwają oni wyrostek przy jednoczesnym utworzeniu ropnia, nie obawiają się rozrywania zrostów; przeciwwskanie do takiego postępowania stanowi tylko okres podostry w cierpieniach nader rozległych.

PAYR (Graz) kładzie nacisk na rozpoznawczą i prognostyczną wartość napięcia mięśni brzucha; sztywność ich świadczy o istnieniu ciężkich spraw; wczesne operacje w zapaleniu wyrostka robaczkowego dają 9—10% przepuklin ściany brzucha.

HOCHENEGG (Wiedeń) wskazuje na 3 po sobie następujące okresy przy powstawaniu ropni w jamie DOUGLAS'a z powodu przedziurawienia wyrostka robaczkowego:

- 1) Zniesienie ruchów robaczkowych kiszek.
- 2) Podmiotowe i przedmiotowe wzmocnienie ruchów robaczkowych ze stanem kureczowym kiszek.

- 3) Porażenie zwieraczy.

Rozległość cierpienia może być nieznaczną.

SILBERMARK (Wiedeń) i SCHNITZLER (Wiedeń) podają swe poglądy i wyniki postępowania.

SPRENGEL (Brunświk) sądzi, że z zewnętrznych objawów jesteśmy przeważnie w stanie mieć pojęcie o stopniu zachorowania, np. dzięki objawowi wspomnianemu przez prof. PAYR'a; co się tyczy klinicznej postaci cierpienia, wystarcza odróżniać *appendicitis simplex* i *appendicitis destructiva*. Dopóki lekarze ogólni nie mają odpowiedniego doświadczenia w różniczkowym rozpoznawaniu i ocenie przypadków, co zresztą jest zupełnie naturalne, należy operować przez

pierwsze 48 godzin we wczesnym okresie zapalenia wyrostka robaczkowego.

KÖRTE, reasumując całą dyskusję, sądzi, że wszyscy się zgadzają na konieczność interwencji chirurgicznej we wczesnym okresie cierpienia; dodać należy, że obliczanie stopnia leukocytozy w wielu przypadkach nie przyniosło prelegentowi oczekiwanej korzyści, a niekiedy wprowadzało na błędne tory.

(C. d. n.).

## O D C I N E K.

### M A T E R Y A Ł Y

### D O D Z I E J Ó W H I G I E N Y P O L S K I E J.

Zebrane przez

J. P O L A K A.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 23).

Krytycyzm autora wogóle zasługuje na największe wyróżnienie, nie tylko odnośnie do kołtuna, lecz w całej przejawiając się książce.

Co do wpływu wód Drużbackiej i Leckowskiej, to obydwie na kołtun nie są pomocne; skorbut natomiast leckowską dobrze się leczy. O skorbutcie mówi autor, że niewiadomo zali dawną lub nową jest chorobą, że najczęściej się zdarza u holendrów, zelandów, flandrów, brańczyków, duńczyków, szwedów, norwegów, fryzjonów, westfalów, saksonów „y inszych którzy Niemczyznę między sobą społeczną, y nad morzem mieszkają“. Sirenius w herbarzu nazwał chorobę tą Francą pomorską, Niemcy wszakże nazwali ją Schorbock albo Shorbuck, od rżnięcia w brzuchu, Duńczycy Schorback od bólów zębów i dziąseł albo Schorbein od nóg i bioder słabości. U tych wszystkich pożyczysz słowa, zowią teraz tę chorobę Medykowie Scorbutus“.

Dalszy ciąg książki poświęcony jest sposobom użycia wód oraz przypadków, w których są pomocne.

Następny fragment daje nam materiał do studyów nad balneoterapią ojczyzną w okresie niemal o półtora stulecia późniejszym<sup>4)</sup>.

W przedmowie zaznacza autor (niepodpisany), że „w Ślązku w mnogości się znajdujące źródle zdrowe były już od wielu lat przez różnych sławnych Uczonych dostatecznie doświadczone i publicznie uwiadomione“, że jednak niektóre jako „Kodowaerski i Reynercerski“ jeszcze nie doszły powszechnego zalecenia, i „jeszcze co raz większa mnogość wód wprowadza się cudzoziemskich“ i dla tego za rzecz potrzebną uznano ogłosić sprawozdanie o wodach śląskich.

W Kodowie (należącej do hrabiego de Leslie) znajduje się źródło wody leczącej, które czworograniastym budynkiem drewnianym, wewnątrz 16 stóp w dłuży, a 11½ w szerz mającym jest obtoczone. Podłoga kamienna, płyty na glinie z piaskiem i mchem kładzione. Rozbiór wody tej tak się dokonywał:

„Ważywszy na wadze, ważył ten zdroy tyle iako Nyska Woda, to iest 2 ¾ kwart. śląsk. ważyły 5 funtów, 2 unc. i 6 dragm. a to przy źródle, czerpany i ważony był. Wodna waga zaś w tym zdroiu na 4 gradusy a w Nyskiej wodzie na 4¾ się zanurzała.

<sup>4)</sup> Publiczne uwiadomienie zdrojów zdrowych lub wód mineralnych leczących na Ślązku w Kodowie, Reynerzu, Altwasser, Szarlottenbrun, Salebrun i Flinsbergu się znajdujących. W Wrocławiu. R. 1777.



„Fioletkowy sok sfarbował ten zdroy prętko iasno zielono w krotce potym ciemno zielono“.

„Włożywszy 10 ziarn Salmoniaku do iedney Uncyi tego zdroiu sprawiły szumowiny, przytym zapach uryanny wyszedł a Salmoniak się powoli cale rozpuścił“.

„Zdroy z Rabarbarum zmieszany dostał na wierzchu siła banieczek i stał się brunatny. Ten zdroy z wszelką kwasielizną szumuje się, a wina Francuskie i Ryńskie zrobiły mu fioletową ciemną farbę i bardzo przyjemny smak“. W tym zdroiu rozpuszczony wygrzający żywego srebra sublimat sprawił zaraz po zmieszaniu się swoim ze zdroiem na powierzchni piękną pstrą skorkę do której w krótkim czasie na spodzie wiele pomarańczowych kropelek przylgnęło. które potym zwolna całą spodnią płaskość okryły i pod skorką został zdroy klarowny“.

Waystynowy oleiek uczynił ten zdroy mleczysto i sprowadził białą ziemię do spodu. Galasy farbowały go kasztanowato. Smak ma ten zdroy ściągającokoperwasowy, ma wiele mineralnych rozlatujących się duchów i stąd pochodzącego tęgiego zapachu przy sobie. Pięć funtów zdroiu tego powoli się wyparowanego dały 30 ziarn iasnościwey ziemi, od której Magnet cale nie pociągał: za przyłaniem Spirit. Vitriol. mocno szumiała ziemia i cale się rozpuściła. Z ługu dostało się 6 ziarn Selenitu, a 34 ziarn extraordinaryjnie ostro smakującey mineralney luźney soli. I tak ta cała masa z pięciu funtów tego zdroiu otrzymanau 70 ziarn liczyła. Okra ze zdroiu Kodowskiego gdy osuszona, stała się iasnożółtą. 1½ Dragmy teyże Okry, która bez wszego przydatku pół godziny mocno kaloynowana była, zgubiła iedną Dragmę i 3 ziarna, resztę Magnet do siebie przyciągnął.

Dalej opisana jest próba teyże Okry z solą waystynową, spiritus nitri, spirit. vitriol. i wreszcie wniosek, jako „Kodowski Zdroy iest takowa woda, która wielą mineralną luźną solą, nieco ługowatą ziemią, troszką Selenitu, żelazem, subtelną koperwasową Istotą, i bardzo rozlatującymi się kwaśnymi mineralnymi duchami iest obciążona“.

W zbliżony sposób i temiz odczynnikami badano i inne zdroje, a wnioski lecznicze wskazują pożyteczność wód w wielkim szeregu chorób, jak to i dziś pospolicie się przytacza.

Z teyże wreszcie epoki posiadamy pracę protomedyka Krupińskiego.

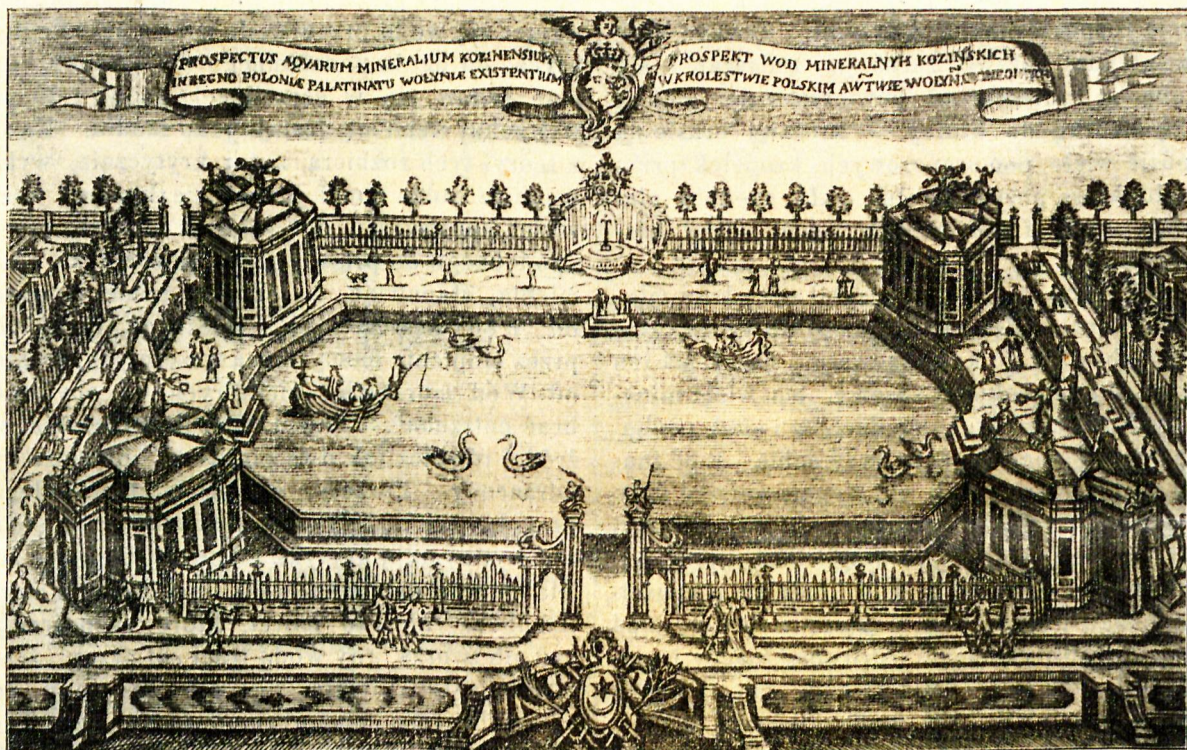
W dziele Krupińskiego<sup>5)</sup> o źródłach, o wodach mineralnych i w szczególności o wodzie Kozińskiej, znajdujemy w sposób poważnie naukowy zestawione teorye powstawania źródeł. Trzy takie teorye przytacza Krupiński, a mianowicie: 1) że źródła z deszczów powstają (teorya Mariotty Perancyusza), 2) że tworzą się z mgły morskiej (Halley), oraz 3) że z morza bezpośrednio przez jamy głębokie w ziemi znajdujące się woda przenika do miejsc najodleglejszych, od ognia podziemnego się ogrzewa, paruje, zbiera się w szczelinach znowu i do powierzchni ziemi się dostaje jako źródło. Każdą z teoryi tych rozbiera autor krytycznie, wykazując że żadna z nich jednak nie tłumaczy wszystkich spostrzeżeń dotyczących źródeł, przeto „podobnego do prawdy inni chwycili się rozumienia, stanowiąc, że iednych źródeł początek od Wód deszczowych, śnieżnych, lodowych przez stopienie mocą słońca wszczętych, drugich od Wód morskich, niektórych od obydwóch brać potrzeba“. Trzeci sposób tworzenia się źródeł również jak dwa pierwsze, nie może być odrzucony. Zarzuty, że musiałyby podlegać przypliwom i odpływom, posiadać wodę słoną, nie wytrzymują krytyki, albowiem niektóre źródła za pośrednictwem rzek i deszczów z morza nachodzą, ale i te nawet, które bezpośrednio się tworzą, gdy woda traci sól przez „ścisle ziemi meaty“ (filtrując się) albo też wody „mocą ciepła podziemnego zmniejszone, części soli mocnie podnieść nie mogące, opuszczają“. Zarzut że źródła na wierzchołkach wysokich gór się trafiają, również nie obala teoryi morskiego ich pochodzenia, albowiem niektóre źródła nie od morza lecz od deszczów pochodzą, a nadto „ieżeli niżej części korzestey y piaszczystey gór wyższych znayduie się ziemia gliniasta, która przez różne rury na kształt wody z wyższych wierzchołków na spadzisty góry wierzchołek przynosi; nadto wody podniesione bywają do

5) Wiadomość o Rościekach w powszechności, w szczególności zaś o Wodzie Mineralnej Kozińskiej przez J. P. Andrzeja Krupińskiego Proto-Medyka Cesarskiego napisana a na żądanie J. W. Amor Jana hrabi Tarnowskiego Kasztelana Konarskiego... do druku podana. W Poczajowie w Drukarni Uprzywilejowanej J. K. Mei i Re-czyplitey u Ww. Oo. Bazyljanów. Roku Pańskiego 1782.

wierzchołków gór mocą ciepła podziemnego „iakoby pod czapkę Alembiku”, albo też mogą unosić się pod wpływem zgromadzonego tamże powietrza, a wreszcie w niektórych przypadkach na mocy prawa że „Wody do tej wysokości przyiść mogą, z której poshodziście spadały”.

Na największą uwagę zasługują opisane przez Krupińskiego sposoby badania wody <sup>6)</sup>.

różnicę ciepłoty nawet zwraca autor uwagę, zaznaczając, że w zimie woda „bywa” cięższą. Im woda jest lżejszą, tym od innych równych czystsza, mniej bowiem posiada soli. Lecz znak ten nie starczy bynajmniej, woda deszczowa jest lekka, a jednak bywa zważona „iabczkami robaczków, różnemi kurzawami suchemi ziemskimi”. Znakiem dobroci wody jest łatwość goto-



Źródło Koziańskie (wedł. Krupińskiego).

Nie zgadzając się on przedewszystkiem z Muszebrakius'em (nieznanym nam dziś autorem), że przezroczystość wody należy za znak jej czystości uważać, albowiem najprzezroczystsze wody „ukrytą wydaiają truciznę”. Znaki zaś czystości wody są, według Krupińskiego następujące: lekkość, która przez „wody miar” czyli przez „srođwagę wody”, albo przez ważenie albo „przez tegoż ciała w różne Wody zanurzenie poznaje się” (ciężar gatunkowy), przyczem na

wania się w niej jarzyn i legomin, lecz i ten znak sam nie wystarcza, gdyż sól potaziowa w wodzie ten sam skutek sprawia. Brak smaku i zapachu, tworzenie się „buleczek” przy skłócaniu lub przelewaniu (zawartość powietrza) są znakami dobrej wody. Najlepsze wody są te, które ze skalistych gór wytryskują; należy wogóle baczyć na grunta, o ile wody mieć mogą „zaraźliwe początki”, które w nich rozpuścić się mogą. Brak osadu lub tylko bardzo nieznaczny po ugotowaniu wody świadczy też o jej czystości, oraz jeżeli mydło dobrze rozpuszcza się, jeżeli

<sup>6)</sup> Patrz odsyłacz 5-ty.

na płótnie włożonem w wodę nie tworzy się brud.

Oczyszcza się woda za pomocą cedzenia (przez żwir lub bibułę), zamrażania, destylowania, klarowania ciałami klejowatemi (białkiem) oraz przez odstawianie, aby się ustąpiła lub strącanie; za najlepszy sposób uważa autor destylowanie oraz warzenie, ale zarazem gubi się i to „co w wodach iest znacniające“.

Następnie podaje autor subtelniejsze sposoby badania wód, „przez różnych ciał chemicznych przymieszanie“.

Przez dodanie srebra w „wysoku“ czyli w kwasie saletrowym rozpuszczonego, albo oleju soli „wysztynowey“ (oleium tartari per deliquium), albo cukru ołowianego, albo octu ołowianego, wody nieczyste tracą przezroczystość, stają się mlecznemi, szarawemi i t. p.

Wody dzieli Krupiński na „wietrzne“ (atmosferyczne) i „ziemne“. Ziemne dzielą się na żywe i stojące. Pierwsze dzielą się na źródlane, studzienne, (tych dobroć od pokładów i czynności ziemi zależy); rzeczne, które są różnej dobroci, „podług różnego rodzaju źródła, z którego początek biorą, różnych miejsc, przez które przechodzą, chizności, którą płyną, Wód innych, które w nią przyjmują, y różnych rzeczy, które w sobie zamykają. Wody stojące dzielą się na jeziora (lacus), stawy (stagna), kałuże i bagniska (paludes). Nie zapomniał Krupiński o wpływie moczenia konopi na wodę, pozwalając moczyć je tylko w wodzie płynącej, obfitej i szybkiej.

Nie wchodzi już w zakres naszego szkicu dziejów higieny niezmiernie ciekawy opis krytyczny panujących teorii o działaniu wód mineralnych (teorya „aeryi sprężystej“, w większej ilości w tych wodach niż w innych zawartej, teorya o „duchu kruszczowym“, czyli „wodzu“, „spiritus, mineralis, rector“, zwanym również kwasem powszechnym czyli kwasem ulatującym koperwasowym — „acidum vitrioli volatile“, a według innych „acidum salis communis“, t. j. kwasem soli kuchennej, teorya o obecności w niektórych wodach „phlagistonu“ t. j. materii subtelnej do palenia zdolnej, teorya działania soli alkalicznych); również pominąć musimy drobny opis dokonanych w Kozinie 14 i we Lwowie 5 doświadczeń z wodą Koziańską, której działanie opiera się na „istocie koperwasowej“, ze złączenia żelaza z kwasem koperwasowym

powstałej, opuszczamy też wskazanie lecznicze i same obserwacje lekarskie w których autor z imienia i nazwiska długi szereg chorych podaje, począwszy od JMé Pana Antoniego Chrząsacza Chorążego inflanckiego i Józefa Chrząsacza Majora Woysk koronnych, Cześnika Kondrackiego z Żabokryk, księdza Schuberta Prowinciała, matki żony Tomasza Kucharza, JMé Pani Stołnikowej Oraczewskiej, żołnierza z garnizonu Kosińskiego, Todrysa szewca, pracowitego Iwana Mularza, a kończąc na Hayduku z Białokrynicy, JMé pani Skarbnikowej Piotrowskiej, szlachetnie urodzonym Woytanowskim i JMé Panu Cześniku Szydłowskim. Te rozdziały historykom terapii i Balneologii, zaś rozdział „O Tablicy“ pokrewieństw czyli złączeń chemicznych i opis doświadczeń Chemikom polecamy<sup>7)</sup>.

Następny wreszcie fragment z przed 110 laty odnosi się do źródeł dziś jeszcze eksploatowanych i pochodzi od sławnego w owym czasie d-ra Lafontaine'a.

Autor, który kilka lat bawił w Krzeszowicach i wielu chorych tam szczęśliwie uleczył w dziele swem<sup>8)</sup> „oddaje sprawiedliwość temu

7) W dwóch językach „en regard“ o tychże wodach Koziańskich ukazało się:

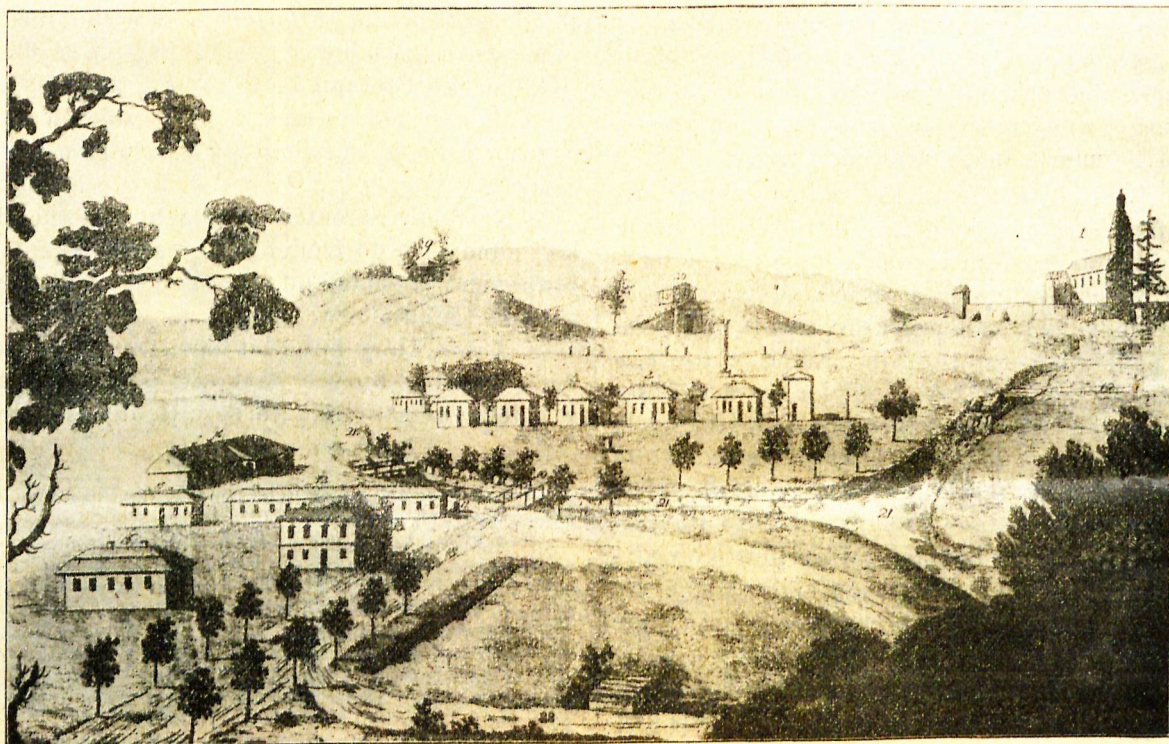
Analysis Aquarum Mineralium, praesertim vero Kozinensium in regno Poloniae Idquae in Districtu Cremencenti Palatinatus Volhyniae Existentium Analysis czyli opisanie Wód Mineralnych w szczególności zaś Koziańskich w Królestwie Polskiem, a to w Powiecie Krzemienieckim Woiewództwa Wołyńskiego znajdujących się. Roku około 1780. Przed tekstem znajduje się rycina wyobrażająca anioła z trąbką w ustach, do której przyczepiony jest prospekt wody Koziańskiej a w dole góry i zamki liczne.

W środku tekstu nadmieniono, że właściciel Kozina hr. Tarnowski sprowadzał dla własnego użytku wody Salserskie i Spadskie, a nie zważał, że woda Koziańska do Spadskiej miała skutki podobne. Lecz na wstawienie się licznych przyjaćiół sprowadził w końcu cały szereg lekarzy do oceny własności tej wody. Stawili się mianowicie: „Hirneis, Jego Cesarsko-Królewskiej M-ci Konsyliarz y Doktor. Rawicki Najjaśniejszey Imperatorowey Imci całej Rossyi obozowy Doktor. Beranek Najjaśniejszego Króla Imci Polskiego Konsyliarz y Doktor. Pozwarki od Najjaśniejszego Króla JMci Polskiego uprzywilejowany Powiatu Krzemienieckiego Doktor, Lernet Miasta Metropoli Łucka uprzywilejowany Doktor, Landorf J. W. Imc. Pana Hrabi na Wiszniowcu Mniszko nadworny Doktor, Hagenmager Medycini y Anatomii Doktor, Sokoliński, J. W. Ordynata Zamoyckiego. Authorizowany Chimiko-Doktor, Stoppel Akademii Wirtenberskiej uprzywilejowany Doktor, Abraham Gilsburg... (z Hali) Saint-Colonil J. W. Hrabi Tarnowskiego Kasztelana Koronnego nadworny Doktor i o dobrych własnościach wody zawyrokowali.

8) Opisanie skutków y używania ciepłych siarczystych, y innych żelaznych kąpieli w Krzeszowicach. Przez Leopolda Lafontaine Leibehirurga Aktualnego J. K. Mci uczynione. W Krakowie. 1789, str. 211 in 8 o.

tak znakomitemu w Polsce miejscu<sup>4</sup>, w którym „siarczysta kumpiel i żelazista woda się znajdują”, a które acz oddawna znane, dopiero od dziesięciu lat (t. j. około 1780 roku) zyskało szczególny rozgłos gdy doktor Leonhardi źródło to ocembrować i do powszechnego używania urządzić kazał. Po jego śmierci d-r Khittel przyczynił się też do rozgłosu kąpeli. Nakoniec księżna Lubomirska, Marszałkowa koronna „po-

Przy kościelnym pagórku znajduje się źródło siarczyste drewnianą wieżą okryte, obok niego stoją w jednej linii pięć domów; z tych dwa większe mają pokój stołowy, sypialny, łazienkę, gabinecik, kuchnię i inne ubikacye gospodarskie. Pokoje są umeblowane; inne trzy domy mają tylko po jednym pokoju z wanną, do której rury wodę doprowadzają. Od dwóch pierwszych domów płaci się dziennie sześć, od



Krzeszowice (wedł. Lafontaine'a).

pierając zaczęte dzieło nieśmiertelnej pamięci Ojca swego J. O. X-cia Woiewody Ruskiego, który już ku wygodzie Pacjentów różne budowy wystawić kazał, ozdobiła to miejsce wspaniałemi y wygodnemi domami, przez co nietylko cudzoziemcy, ale y Kraiowe Osoby pierwszego Rzędu pobudzeni byli to miejsce bytnością swoją częścią dla Rozrywki częścią też y dla kumpieli zaszczycać<sup>4</sup>.

W paru słowach tak się da zamknąć opis kąpeli Krzeszowickich przez Lafontaine'a:

trzech mniejszych cztery polskie złote, rachując w to i nabiął.

Dalej znajdują się trzy długie domy, zawierające razem trzydzieści cztery pokoje oraz wanny; w pierwszym domu gdzie mieszkania są obszerniejsze, oplaca się dzienny pobyt po 3 złote, w dwóch innych po 2 złote. Istnieje też jeszcze jeden dom na szpital przeznaczony przez księżnę Lubomirską; tu otrzymują chorzy bezpłatnie pomieszkanie i kąpiele a nadto jeszcze i pieniądze w dodatku, oraz pomoc leczniczą (cy-

ruklika i lekarstwa). Wreszcie istnieje wielki dom murowany czyli Foxhal z wielką salą bawialną, bilardem, restauracją i ogrodem oraz dom traktyera. Autor też powiada że „w Krzeszowicach w Królestwie Polskim jest woda najlepsza, nayprzedniejsza i nayznaiomsza nad wszystkie kompiele tego Kraiu“.

Materyały powyższe zakończyć najlepiej będzie przypomnieniem uczynionym przez znane go twórcę zakładu Nałęczowskiego jeszcze w 30 lat po Lafontainie.

Prof. CELIŃSKI tak się odezwał w tej sprawie w r. 1817 na posiedzeniu publicznym Warsz. Towarzystwa Przyjaciół Nauk w dniu 15 stycznia<sup>9)</sup>. „Podana mi sposobność, czyni mi za-

szczyt, iż z pomiędzy wód kraiowych lekarskich naypierwszy Nałęczowską rozbierać ośmieliłem się w tej nadziei, że w tem czasie, gdzie Polakowi wszystko kraiowe, milszem iest nad obce, zrządzi, iż poznanie składu tych wód, a następnie i innych, wstrzyma nas od szukania u obcych ulgi w cierpieniach, gdy ią w kraiu mieć możemy“.

A tak widzimy, że autorzy balneoterapeuci nad zaniedbaniem Kraju własnego na korzyść obcych utyskują od czterech mniej więcej wieków.

<sup>9)</sup> Roczniki Tow. Król. Warsz. Prz. Nauk. T. 12. str. 41. R. 1818

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Fucol jest to dobry zastępca tranu, jak świadczą komunikaty TOELLNER'a, HACKL'a, LOEWENHEIM'a, TARROSC'a i LIMPET'a. Fucol wyrabia się z palonych mechów morskich i tłustych olejów roślinnych. Ma przyjemny smak orzechowy, i biorą go chętnie chorzy. W narządach trawienia łatwo ulega wessaniu. Dawka równa się tranowi. Działaniem podobno przewyższa tran. Fucol daje się dobrze mieszać z jodem, żelazem, fosforem i gwajakolem. Można tworzyć następujące połączenia: 1) F. 100; fosfor 0.01; 2) F. 200.0; Kreozotal 10.0. 3) F. 200.0; Kreozot 1.0—2.0. 4) F. 200.0; Guajacol. 1.0—2.0. (D. M. Zg. 97. 1904).

= Hetralina, nowy środek odkażający moczu, podobna działaniem do urotropiny, znajduje zastosowanie w zapaleniu pęcherza. Jest to połączenie formaldehydu i fenolu; rozpuszcza

się w wodzie, wysokoku. Dawka 1.5—3.0 dziennie. EULER-ROLLE zastosował hetralinę w przypadkach nieżyty pęcherza przy przeroście gruczołu krokowego, po rzeźączej cewki, po kategoryzacji, oraz przy fermentacji moczu alkalicznej: objawy chororobowe wkrótce zniknęły. Równie pochlebnie wyraża się o hetralinie HELFER stosując ją w nieżyty pęcherza u tyfusowych oraz w 6 przypadkach skazy moczowej.

(Med. Blätter. 30/6 04 r.)

= WOLFBERG użył wody utlenionej do odbarwienia rogówki i łącznicy u pewnej chorej, której przysł w oko fioletowy atrament hektograficzny. Wkroplono do worka łącznicy 3% roztwór.

(Woch. f. Ther. d. Auges 5/5 04).

P.

# ELIXIR POLIBROMURÉ YVON

Zawierający bromek potasu zmieszany z innymi bromkami alkaliów, które sprzyjają skuteczniejszemu działaniu środka. Elixir Yvon zawiera nadto gorzkie substancje tonizujące, oraz skutecznie przeczyszczające, które wzmagają czynności żołądka i pobudzają łaknienie.

Preparat ten może być stosowany w dużych dawkach i długo. Uznany przez najwyższe powagi lekarskie w Paryżu przeciw: Epilepsji, Hysterii, Neurastenii, chorobom nerwowym wogóle, Newralgii, Spermatorrhea, Diabetes, nerwowym bólom żołądka (Gastralgii) etc.

Lepinois et. C-ie 5, rue de La Feuillade, Paris.



**VITTEL**  
**GRANDE SOURCE**

**PODAGRA**  
**KAMIENIE**  
**ARTRETYZM**

Sezon od 21 Maja do 25 Września.

**VITTEL-PALACE**, Hotel urządzony z wielkim komfortem.

*Liczne hotele i wille.*

**Kasyno—Klub—Teatr—Hydroterapia**

Objaśnień udziela: Henryk Mendelssohn, w Warszawie Leszno 12.

R E U M A T Y Z M

## Terma naturalna **PISZCZANY** (Pistian).

ARTHRITIS

Na SPIŻU (Węgry) w małych Karpatach, 3 godziny do Wiednia, 3½ do Pesztu, najznakomitsze uzdrowisko siarczano-mułowe dla reumatyków w cierpieniach stawów i kości po złamaniach i zwichnięciach, w podagrze, nerwobólach (w Ischias), w syfilisie. Urządzenia, tak co do mieszkań jak i kąpeli według wszelkich wymagań, od wykwintnych aż do najtańszych. Zakład ortopedyczny.

Trzy baseny czysto siarczane, 3 siarczane-mułowe, i porcelanowy. Wanny porcelanowe, marmurowe i drewniane. Stosowanie kąpeli błotnych, lokalnych z niezrównanym skutkiem. Sezon od 15 maja Prospekty gratis. Wszelkich informacjami udziela lekarz ordynujący.

**Dr. Al. Teichmann** b. Asystent Uniwers. we Lwowie

Do 15-go maja w Krakowie.

Od 15-go maja PISZCZANY na Węgrzech.

ISCHIAS

Z Ł A M A N I A, Z W I C H N I Ę C I A.

**MARIENBAD**

Kaiserstrasse  
„Stadt. Hamburg“

D-r St. Benedykt Kwiatkowski  
b. I asystent kliniki chorób wew.  
U. Jag. ordynuje jak lat poprzednich od 15 maja do końca września.

**Bad Reichenhall**

ordynuje D-r W. Sadowski.